LA FRANCE MÉDICALE
ET
PARIS MÉDICAL

SOMMAIRE

Clinique médicale : Hystérie et hémoptysie, Tuberculose pulmonaire ou hystérie, par le Dr Leudet, p. 161. — **Bibliographie** : Du rôle des maladies générales dans l'étiologie de la kératite parenchymateuse diffuse, p. 165. — Recherches sur le débridement de l'angle iridien, p. 165. — Etude sur la conjonctivite subaiguë, p. 166. — Contribution à l'étude de la dacryocystite congénitale, p. 166.— Des troubles oculo-orbitaires dans les sinusites maxillaires, p. 166. — De l'irido-cyclite dans les tumeurs intra-oculaires, p. 167. — **Académie de médecine** : *Séance du 14 mars* 1899. — *Présidence de M. Panas*, p. 167. — Election, p. 167. — Grossesse extra-utérine, p. 167. — Traitement de l'appendicite, p. 167. — De l'abaissement de température chez les enfants débiles, p. 168. — Anévrysme de l'artère sous-clavière, p. 168. — **Société médicale des Hopitaux** : *Séance du 10 mars* 1899. — *Présidence de M. Raymond*, p. 168. — Congestion pulmonaire massive à pneumocoques, p. 168. — Ulcère gastrique méconnu, p. 168. — Entorse sacro-iliaque, p. 168. — **Société de médecine de Paris** : *Séance du 11 mars* 1899. — *Présidence de M. Jullien*, p. 168. — **Société de dermatologie et de syphiligraphie** : *Séance du 9 mars* 1899, p. 170. — Dermatite pustuleuse, p. 170. — Dermatite herpétiforme, p. 171. — Gommes tuberculeuses, p. 171. — Hérédo-syphilis tardive, p. 171. — Ulcérations tuberculeuses des pieds, p. 171. — Tumeur indéterminée du pied, p. 172. — Lymphangiome ou hématangiome kystique de la langue, p. 172. — Erythème scarlatiniforme desquamatif récidivant. Lésions sanguines, p. 171. — **Société de chirurgie** : *Séance du 15 mars* 1899. — *Présidence de M. Pozzi*, p. 172. — Luxation de la hanche, réduite par le procédé non sanglant de Lorenz, p. 172. — Volvulus de l'S iliaque, p. 172. — Plaie par balle de revolver, p. 172. — Nouvelle suture, p. 172. — Hernie congénitale à double sac du cæcum. Etranglement. Cure radicale. Guérison, p. 173. — Ostéomyélite. Résection du tibia, Absence de réfection osseuse. Fracture consécutive et consolidation vicieuse du péroné à angle droit ; résection et guérison en bonne position, p. 173. — Calcul rénal, néphrotomie. Guérison, p. 173. — **Memento pratique**, p. 174. — **Nouvelles**, p. 174.

CLINIQUE MÉDICALE

Hystérie et hémoptysie
Tuberculoses pulmonaires ou hystérie

Par le Dr Leudet

Messieurs,

Vous n'avez pas oublié l'intéressante communication de M. Mouzon sur un cas d'hémorrhagies récidivantes, que tout semblait rattacher à une maladie organique de l'intestin ou de ses annexes, et qui n'étaient en fin de compte, que la manifestation insolite d'un état nerveux grave.

Je vous apporte un document de même ordre bien fait, je crois, pour montrer les difficultés presque insurmontables de certains problèmes cliniques.

Il s'agit d'une malade que j'ai suivie jour par jour aux Eaux-Bonnes pendant deux mois, que j'ai revue en consultation à Paris, et dont, hier encore, je m'entretenais avec le médecin traitant.

Je ne me dissimule pas les lacunes de l'observation que je vous présente ; elles sont volontaires. Plus complète, plus lumineuse et plus probante eût été l'histoire de ma malade, si j'avais cité, comme je le faisais tout d'abord, les noms des confrères et des maîtres, appelés à donner leur avis ; si, après avoir mentionné leur opinion, formulé leurs réserves ou leurs doutes, j'avais signalé, dans leur ordre chronologique, les épisodes et les étapes du drame pathologique qui se déroulait sous mes yeux. Mais une telle façon de faire équivalait, ce me semble, à une véritable violation du secret professionnel : et j'ai dû élaguer de mon travail certains détails précis et circonstanciés, qui désignaient trop ouvertement la personnalité intéressée. Quand il est question de tuberculose ou d'hystérie, quand deux maladies comme celles-là sont mises en balance, on a le droit de voiler la vérité, on a le devoir de choisir ses arguments, de les exposer avec mesure et discrétion.

Cela dit, j'arrive à mon observation.

Mlle X..., 20 ans, m'est adressée en juillet 1894. Elle vient aux Eaux-Bonnes, parce qu'elle s'enrhume facilement., parce que un de ses poumons est suspect, parce que depuis deux mois, elle est aphone.

Son signalement m'est donné en quelques mots dans les lettres des médecins consultants. Pour l'un, c'est une anémique, dont le secret git dans le sommet du poumon, atteint d'un commencement de fine infiltration ; pour l'autre, c'est une lymphatique avec de l'adénopathie trachéo-bronchique ; pour tous, c'est une pulmonaire en voie d'évolution tuberculeuse.

Voici ce que je trouve consigné dans mes notes après un *premier* examen de la malade :

Poumon droit. — Dépression sous-claviculaire, matité complète, absolue, dans le tiers supérieur, avant et arrière ; absence totale de la respiration, non seulement dans la région supérieure, mais dans toute la hauteur du poumon jusqu'à la base. Dans les grandes inspirations, et surtout dans les efforts de toux, l'oreille perçoit une très fine crépitation, comme un déplissement sec des vésicules et des infundibula. Le second temps de la respiration est muet.

Poumon gauche. — Bonne sonorité de la paroi thoracique, avec une expansion vésiculaire faible, mais normale, de haut en bas.

La toux est quinteuse et spasmodique ; le matin seu-

(1) Communication à la Société de médecine de Paris (*Séance du 11 mars* 1899).

lement, quelques crachats perlés, allant au fond de l'eau.

Pas d'hémoptysie.

Aux signes fournis par le poumon, ajoutons une aphonie complète, survenue *brusquement*, il y a deux mois. Si la voix est éteinte, la toux est sonore et férine. Du reste, aucune douleur à la déglutition de la salive ou des liquides; aucune lésion appréciable à l'examen laryngoscopique.

La santé générale n'est pas ou ne paraît pas altérée. Les règles sont conservées; elles sont régulières. L'appétit est misérable et capricieux; mais il a toujours été tel.

Pas d'amaigrissement progressif et continu. La malade maigrit ou démaigrit selon les saisons, et selon les rhumes qu'elle contracte. Elle va, vient, se promène, et vivrait de la vie de tout le monde. si elle ne s'astreignait pas, en raison même de sa susceptibilité bronchique, à une certaine prudence dans les sorties du matin et du soir.

Elle ne se plaint de rien, si ce n'est d'une oppression habituelle, qui s'exagère dans les mouvements, et surtout dans la marche en montant. Elle dit aussi ressentir, chaque soir, un peu de malaise se traduisant par une sensation de froid, bientôt suivie de chaleur à la tête et de rougeur à la face, et se terminant, le matin, par des sueurs localisées à la nuque.

Nous reviendrons sur ces deux signes — oppression et fièvre — pour en préciser l'allure et le caractère.

Mlle X. est accompagnée de son père et de sa mère, de ses deux sœurs et de son frère. Aucune tare tuberculeuse n'existe dans la famille; chez tous, je note des stigmates plus ou moins apparents de neuro-arthritisme.

A la suite de cette constatation de l'état général et local de la malade, des signes physiques et fonctionnels, je trouve sur ma feuille d'observation de 1894, l'interrogation suivante que je transcris : Ai-je affaire à un bloc tuberculeux du sommet droit, ou à un chapelet de ganglions hypertrophiés comprimant la bronche?

A ce moment donc, si j'hésite sur le siège ou la forme, sur l'âge de la lésion, je ne doute pas de sa nature ; tout me dit que je suis en présence d'une affection tuberculeuse. Mais poursuivons, et les doutes vont commencer; ils iront s'accentuant, à mesure que de nouveaux phénomènes se montreront et que l'interprétation des phénomènes existants deviendra plus difficile. Après quelques jours de repos, je fais commencer le traitement thermal : deux cuillerées à soupe d'Eaux-Bonnes le matin, suivies d'un bain de pieds, une cuillerée l'après-midi. Dès le lendemain, la malade a 2 ou 3 crachats teintés de sang; sans m'inquiéter, je continue la même dose d'eau minérale. Le septième jour, les crachats ne sont plus simplement teintés; il y a 2 crachats de sang pur : l'hémoptysie, quelque légère qu'elle soit, est la *première* qu'ait eue la malade. Je cesse l'Eaux-Bonnes.

Ai-je besoin de dire qu'avec ce crachement de sang et les signes physiques, déjà révélés par la percussion et l'auscultation, l'idée de tuberculose prend, dans mon esprit, une forme de plus en plus nette?

Pour compléter mon information clinique, et confirmer mon diagnostic, j'envoie — ce que j'ai coutume de faire en pareil cas — j'envoie, dis-je, un échantillon des crachats suspects à mon collègue, M. Frenkel, pour être examinés et analysés au point de vue microscopique et bactériologique.

En attendant, je continue d'observer Mlle X., dont les réactions très personnelles et la physionomie très particulière me frappent et m'intéressent de plus en plus.

A la suite du petit crachement de sang, dont je viens de parler, une certaine amélioration s'était produite. Les forces et l'apppétit revenaient ; la fièvre vespérale diminuait. En même temps, l'état local s'était modifié ; la sonorité thoracique du côté droit était meilleure, le murmure vésiculaire moins faible, et le premier temps de la respiration moins sec, moins crépitant. Nous arrivons ainsi à l'époque des *règles* de la malade, qui jusqu'ici sont toujours venues à jour fixe. Mais, pour la première fois, rien ne vient ; les règles attendues n'apparaissent pas. J'assiste alors à une série de troubles — émotivité, paresse musculaire, torpeur générale, crises d'oppression — qui, par la soudaineté de leur apparition et la brusquerie de leurs métamorphoses, me mettent sur une autre piste que celle suivie jusque-là.

Sans oublier les signes invariables et fixes, d'une signification si redoutable, qui ont déterminé mon premier diagnostic, je suis amené à considérer le système nerveux, à l'interroger, à lui demander dans quelle mesure il intervient dans la genèse et l'évolution des actes morbides.

Mais ce qui, dans ce nouveau champ d'exploration clinique va me servir de plus sûr et de plus solide jalon, ce sera l'examen bactériologique de Frankel. Le voici, je le transcris textuellement.

Le crachat est peu abondant. Sa constance est muqueuse. Il contient de nombreux petits grains blanchâtres.

Sa couleur est rougeâtre homogène. L'odeur est faible, rappelant les acides gras volatils.

L'examen microscopique direct donne des résultats des plus intéressants. Je trouve une abondance *d'épithélium pavimenteux*. A un grossissement de 250, je dénombre jusqu'à *trente* cellules épithéliales dans chaque champ visuel du microscope. Par endroits, on voit un tissu épithélial entier.

En outre, l'examen direct décèle de nombreux leucocytes et des globules du sang rouges déformés, ceux-ci en nombre beaucoup plus petit qu'on n'eût été enclin à l'admettre d'après la coloration du crachat.

A *l'examen bactériologique*, je ne trouve pas de bacilles de Koch, malgré les recherches les plus minutieuses.

Je constate la présence de nombreux micrococques et de bacilles, qui n'offrent rien de caractéristique.

Couclusions. — Ce crachat présente les phénomènes caractéristiques de l'*hystérie* (abondance d'épithélium micro-organismes, sanguinolence avec petite quantité d'hématies, absence de bacilles de Koch).

M. Frankel continue :

Le crachat ne provient pas des profondeurs du poumon. Le résultat négatif au point de vue de la tuberculose ne prouve aucunement qu'il n'y ait pas lieu de craindre des processus phtisiques dans les poumons. Les cas ne sont pas rares, où précisément les hystériques deviennent tuberculeuses.

Et notre collègue termine, en me disant : Votre malade est-elle hystérique ? Cela m'intéresse beaucoup.

J'ai tenu à donner complète et entière cette analyse de M. Frankel, parce qu'elle témoigne d'une observation pénétrante et fine, et qu'elle fut pour moi le point de départ d'une orientation nouvelle dans les interrogations et dans l'examen de la malade.

Le problème se pose donc de la façon suivante : Ai-je devant moi une hystérique ou une tuberculeuse ? Ai-je affaire à de l'hystérie prenant le masque de la phtisie, ou à de la tuberculose enrayée et bridée par de l'hystérie ? Question délicate, difficile, à laquelle il importe de répondre, si nous voulons intervenir utilement dans la direction hygiénique et thérapeutique de la malade.

Revenons sur les signes dont le caractère ou la singularité m'avaient déjà paru mal cadrer avec une tuberculose envahissante des voies aériennes.

L'*aphonie* d'abord. — J'ai dit qu'elle était complète et survenue brusquement, sans aggravation dans la santé générale ; qu'elle n'était liée à aucune altération appréciable de l'appareil vocal. J'ajoute qu'à l'examen laryngoscopique il n'existe ni congestion, ni rougeur, ni gonflement de la muqueuse pharyngo-laryngée ; qu'il y a seulement impossibilité d'affrontement pour les cordes vocales, qui restent cachées sur les replis aryténo-épiglottiques.

Est-ce ainsi que se comporte un larynx qui devient ou qui va devenir tuberculeux ?

Les *signes* du poumon. — Physiques ou rationnels, sont-ils plus explicites que ceux du larynx ? Sont-ils, dans l'espèce, aussi probants, aussi démonstratifs, aussi pathognomoniques qu'ils le paraissent ? N'ont-ils pas, dans certains de leurs caractères, une expression phénoménale qui prête à la controverse, et conclut à des interprétations contradictoires ?

Etudions-les, scrutons-les dans leurs éléments essentiels.

La *douleur* à la percussion — tout le monde le sait — est fréquente, sinon constante, dans les sommets de la poitrine envahis par la congestion tuberculeuse. Mais ici, la douleur a quelque chose de spécial, de suraigu, que je ne rencontre pas chez mes poitrinaires, et qui me fait l'effet, tant elle est vive et localisée dans des points déterminés, d'une véritable *hyperesthésie cutanée.*

Quant à la *matité*, si complète, si étendue, et laissant percevoir, dans la toux, un murmure vésiculaire plutôt sec que doux et moelleux, mais, en somme, presque normal, ce n'est pas là non plus la traduction habituelle d'une congestion, d'une induration ou d'une infiltration tuberculeuse. Que recouvre-t-elle, cette matité ? que cache-t-elle ? un épanchement pleural ? Il n'en existe aucun signe. Ne serait-elle pas plutôt l'indice d'une *atélectasie pulmonaire*, d'une sorte d'*état fœtal* du poumon, sous la dépendance d'un épuisement inné ou acquis des centres nerveux ?

Que dire aussi de l'*oppression* et j'arrive à des points les plus intéressants de cette histoire. Que dire de ces crises de tachypnée, avec le type respiratoire costo-supérieur, avec 60 à 100 respirations par minute, et sans accélération du pouls ? — Au moindre déplacement, après quelques pas faits dans la chambre, la malade semble défaillir, une syncope paraît imminente. Et pendant six semaines, je suis témoin de cette anhélation continue, de cette dypsnée effroyable, allant quelquefois jusqu'à l'apnée, avec des détentes et des reprises, et sans que jamais, au moment même du paroxysme le plus aigu, il y ait la moindre trace de phénomènes d'asphyxie.

Quand nos poitrinaires sont oppressés et anhélants, ils ne le sont pas de cette façon. La dyspnée que je viens de décrire est une véritable *chorée* de l'appareil respiratoire que les nervins et l'opium vont tout à l'heure calmer, et qui n'a rien à voir avec les altérations parenchymateuses du poumon ou de ses annexes.

Parlerai-je maintenant des troubles déjà mentionnés d'ordre sensitif et moteur, ou d'ordre psychique ? Parésie passagère et intermittente des membres inférieurs, paresse intellectuelle, torpeur générale, troubles fugitifs et mal dessinés, inconstants, protéiformes, nuances cliniques, difficiles à saisir, à fixer, et qui sont comme une ébauche des vrais stigmates de la névrose soupçonnée ?...

Insisterai-je enfin sur ces commémoratifs, recueillis tardivement, mais sûrs et d'une importance capitale, sur cette *attaque de sommeil*, subie par la malade dans le cours d'une de ses visites ?

Il y a, dans cet ensemble, un faisceau de preuves, qui me paraît amplement suffisant pour justifier la part prépondérante prise par le système nerveux dans la genèse de la maladie et pour faire évanouir les craintes d'une lésion organique spécifique.

Malgré ces preuves, je conservais encore quelques doutes et ma conviction n'était pas entière. C'est qu'à deux et trois reprises, et toujours à l'occasion des règles, qui ne se montraient pas, j'assistais à de nouvelles poussées du côté du poumon, à de nouveaux crachements de sang, avec recrudescence des signes stéthoscopiques et réveil de l'élément fébrile.

Quoique, en réalité, je fusse, à ce moment même,

bien plus préoccupé de déchiffrer l'énigme d'un état névropathique incomplètement défini, que de chercher la raison tangible, irréfragable, d'une néoplasie spécifique à laquelle je ne croyais déjà plus, je voulus avoir, une fois encore, le contrôle de l'examen microscopique et bactériologique.

La première analyse des crachats datait de la fin de juillet; celle-ci, la seconde, fut faite fin septembre, quelques jours avant le départ de la malade des Eaux-Bonnes. Comme la première, elle fut faite par M. Frankel.

Cette seconde analyse, que je crois inutile de donner ici, n'est que la confirmation de la première : elle est *négative* au point de vue du bacille de Koch, *positive* au point de vue de l'hystérie.

La clinique ne doit pas abdiquer devant le laboratoire, c'est entendu ; et il ne viendrait jamais à l'esprit de conclure à la non existence d'une tuberculisation pulmonaire, parce qu'on n'aura pas trouvé de bacilles dans les crachats. Mais ici, il y a eu *deux* examens pratiqués à un intervalle de deux mois l'un de l'autre, et tous deux ont été *négatifs*. J'ai bien le droit de tenir compte du fait, et de m'en emparer, pour faire pencher la balance du côté de la vérité.

Autre source d'information dont la valeur n'échappera à personne :

La tuberculose du poumon n'est pas une de ces maladies qui se jugent par les réflexes du moment. Son vrai, son seul critérium, est dans le temps, dans la durée.

J'invoque ce dernier argument et je l'applique au procès clinique dont je cherche la solution.

Mon observation date de l'été 1894 ; nous voici en 1899. Qu'est devenue la malade? Quel changement s'est fait en elle ?

Sauf l'aphonie qui a disparu pour ne revenir que momentanément et à des intervalles plus ou moins longs ; sauf les crises de chorée respiratoire qui ont fait place à de l'anhélation habituelle, l'état général et local n'a pas varié : même nutrition imparfaite, même absence de règles, même impotence nerveuse ; du côté du poumon, retour et périodicité des rhumes et des crachements de sang, sans altération de la santé générale ; ni atténuation, ni aggravation dans les signes stéthoscopiques.

Ainsi, depuis cinq ans, depuis sept ans, en réalité, notre malade est aux prises avec la tuberculose, et la tuberculose est restée exclusivement locale ! Notre malade est infectée, et aucune intoxication ne suit l'infection ! Pas un point du poumon ne se ramollit; pas un viscère — rien au foie — n'est touché par la congestion ou la stéatose. L'organisme ne souffre pas ; il n'est pas envahi, il résiste à l'entraînement tuberculeux ! Eh bien ! je le déclare : une tuberculose, qui reste stationnaire pendant sept ans, sans avancer ou sans reculer, je n'en connais pas, je n'en ai jamais vu C'est là mon dernier argument, et il me semble sans réplique.

Pour expliquer les désordres laryngiens, bronchiques et pulmonaires. point n'est besoin d'ailleurs que tel ou tel tissu des organes respiratoires soit altéré spécifiquement. L'hystérie ne peut-elle être responsable de tous les troubles ? N'est-elle pas une grande simulatrice ? Ecoutons ce que nous dit un observateur du XVII[e] siècle, illustre entre les illustres : « Elle imite « presque toutes les maladies du genre humain ; car « dans quelque partie du corps qu'elle se rencontre elle « produit aussitôt les symptômes qui sont propres à « cette partie. Et si le médecin n'a pas beaucoup de « sagacité et d'expérience, il se trompera aisément, et « attribuera à une maladie essentielle, et propre à telle « ou telle partie, des symptômes qui dépendent unique- « ment de l'affection hystérique. »

Je pourrais m'arrêter sur ces paroles de Sydenham. Mais je tiens à m'abriter sous l'autorité d'un autre grand maître, de Trousseau. Dans un des chapitres de sa « Clinique médicale », il parle d'une de ses vieilles amies, sujette dans sa jeunesse à des accidents nerveux bizarres, à des accès de somnambulisme, et qui fut prise à l'âge de 30 ans, d'hémoptysies abondantes et de dyspnée intense, sans signes physiques de tuberculisation, pour lesquelles Andral l'avait envoyé aux Eaux-Bonnes. Cette dame, à l'âge de la ménopause, devint emphysémateuse, et vit disparaître hémorrhagies et troubles nerveux. Trousseau ajoute : « Quoique sa santé laisse beaucoup à désirer, elle a « encore de la fraîcheur, de l'embonpoint, et rien, ni « chez elle, ni chez ses enfants, n'autorise à croire à « l'existence de tubercules. »

Je pourrais trouver dans les auteurs contemporains des faits analogues et des opinions conformes. Je me contenterai de citer, en quelques mots seulement, deux faits qui me sont personnels, et qui concordent singulièrement avec l'observation, base de ce travail. Il s'agit de deux dames, que j'ai soignées aux Eaux-Bonnes, il y a 25 et 30 ans, et chacune d'elles pendant plusieurs années consécutives. L'une et l'autre étaient aphones et dyspnéiques, — ce type de dyspnée sur lequel j'ai tant insisté. L'une et l'autre avaient eu des hémoptysies, et portaient à un sommet des signes non douteux de condensation pulmonaire. L'une d'elles présentait notamment dans la fosse sus-scapulaire du côté droit de la respiration amphorique, un véritable souffle métallique. Elle figure dans la « Clinique » de Noël Guéneau de Mussy, qui l'avait vue plusieurs fois en consultation, et qui l'avait dirigée sur les Eaux-Bonnes, comme atteinte de caverne du sommet droit.

Ces deux dames, même quand elles étaient malades, ont toujours conservé les plus belles apparences de la santé. A l'âge de la ménopause, les hémoptysies ont cessé ; les troubles nerveux — aphonie et dyspnée — ont également disparu, et disparu brusquement, comme ils étaient venus. Aujourd'hui, mes anciennes malades touchent à la soixantaine ou l'ont dépassée ; elles se

portent très bien, elles vivent de la vie de tout le monde.

J'ai voulu rappeler ces deux faits, pour donner un nouvel appui à l'opinion que je défends ici, et que je pourrais formuler de la façon suivante :

L'aphonie purement fonctionnelle et l'oppression choréiforme, chez une pulmonaire en puissance ou en suspicion de tuberculose, sont des modalités cliniques qui peuvent nous égarer, et que nous devons sévèrement jauger, avant d'asseoir notre diagnostic.

Et maintenant, s'il me faut conclure, je dirai que la malade, dont je me suis efforcé de vous retracer la vie pathologigue, n'est pas, à mon sens, une *poitrinaire*, mais une *nerveuse* ; qu'elle est une *débile*, et qu'elle n'est pas une *infectée* ; que par toutes ses réactions, tant normales que morbides, elle obéit à l'incitation *hystérique*, et non à l'incitation *tuberculeuse*.

Je m'excuse, Messieurs, d'avoir été aussi long ; mais je tenais à mettre autant que possible toutes les pièces du procès sous vos yeux. Il vous appartient d'apprécier et de juger.

BIBLIOGRAPHIE

Du rôle des maladies générales dans l'étiologie de la kératite parenchymateuse diffuse, par le Dr G. Dessaux (d'Angers), ancien interne des hôpitaux de Paris et de la Clinique ophthalmologique des Quinze-Vingts. In-8, 150 p., Paris, G. Steinheil, 1898.

Thèse très étudiée, très complète, dont voici les conclusions :

Le syphilis héréditaire est certainement un des facteurs les plus importants dans l'étiologie de la kératite parenchymateuse.

Au point de vue clinique, il n'y a aucune différence entre une kératite parenchymateuse primitive et une kératite parenchymateuse secondaire. La clinique, l'anatomie, l'expérimentation démontrent que cette kératite, même primitive, présente un processus morbide étendu au tractus uvéal.

La syphilis héréditaire ou acquise est loin d'être la seule cause de kératite parenchymateuse, car dans 30 à 50 0[0 des cas, il est impossible de retrouver cette étiologie.

De plus, on retrouve cette kératite parenchymateuse chez les animaux réfractaires à la syphilis.

Après la syphilis, la tuberculose est une des causes les plus fréquentes de cette affection. Nous avons trouvé cette étiologie chez un grand nombre de nos malades. M. Von Hippel a démontré anatomiquement que la kératite parenchymateuse peut être causée par une infection tuberculeuse.

La forme des dents, décrite par Hutchinson, de même que la surdité sont des symptômes qui manquent fréquemment dans la véritable hératite parenchymateuse diffuse.

Les arthrites du genou et du coude en particulier, survenant au cours de kératites parenchymateuses, ne prouvent rien en faveur de l'origine spécifique, car on les rencontre aussi fréquemment au cours de la tuberculose.

L'impaludisme, l'influenza, le rhumatisme, la goutte, les affections utérines sont, après la syphilis et la tuberculose, les causes les plus fréquentes de la kératite parenchymateuse diffuse.

Dans la plupart des cas, les injections profondes d'huile biiodurée d'hydrargyre donnent de bons résultats ; l'iodure de potassium, administré ensuite, achève la guérison.

L'iodoforme, à l'intérieur, dans la tuberculose surtout et dans la scrofule, a souvent bien réussi,

La paracentèse de la chambre antérieure et l'iridectomie peuvent être favorables dans les cas chroniques.

On devra toujours instituer en même temps un traitement général et reconstituant. Il consistera surtout dans la prescription des ferrugineux, du vin de quinquina, du vin iodotannique, de l'arsenic, de l'huile de foie de morue en y associant une bonne hygiène et l'hydrothérapie ; car il faut se rappeler que l'on a affaire ici avant tout à une affection débilitante et cachectique.

Recherches sur le débridement de l'angle iridien, par le Dr J. L. Duclos, aide de chirurgie à la clinique des Quinze-Vingts, in 8°, 96 p. Paris, E. Bernard, 1898.

Voici le résumé de cette thèse faite aux Quinze-Vingts dans le service de M. Valude.

1° La méthode du Dr de Vincentiis et la sclérotomie interne du Dr de Wecker sont une seule et même opération, qu'on peut designer sous le nom de débridement de l'angle iridien.

2° L'opération présente une grande innocuité; la plaie du limbe est insignifiante; le champ d'action est très étendu; dans le glaucome, après le débridement, l'œil perd lentement sa tension et les parties du globe reprennent insensiblement leur place; le prolapsus et l'enclavement irridiens sont rares. L'avantage revient aux aiguilles spéciales dans les chambres antérieures étroites.

3° Les essais cliniques font du débridement de l'angle une intervention utile dans le glaucome prodromique, dans certaines formes chroniques du glaucome et une opération de choix dans l'hydrophtalmie.

4° Les résultats anatomiques rencontrés le plus fréquemment sont une lésion du canal de Schlemm et des veines intra-sclérales et l'ouverture de la séreuse supra-choroïdienne, par ténotomie du muscle ciliaire.

5° L'instrument ne débride pas sur toute la longueur du limbe qu'il parcourt ; c'est à peine s'il sectionne le sommet de l'angle iridien sur la moitié de l'incision exécutée.

6e Le couteau de Graefe, difficile à manier à cause

de son tranchant, fait des sections profondes; il coupe le muscle accommodateur et pénètre dans l'espace supra-choroïdien. L'aiguille du Dr de Vincentiis fait des incisions franches et limitées; conduite comme l'indique le Dr Taylor, elle porte sur le tissu sclérocornéen. L'aiguille du Dr Valude travaille par la pointe, déchire pour débrider et intéresse le fond et les parois de l'angle.

7° Après le débridement, les injections passent plus facilement dans la lame séreuse supra-choroïdienne, se fixe dans les tissus du corps ciliaire et gagne les vaisseaux de l'épisclère.

Etude sur la conjonctivité subaiguë, par M. le Dr Biaad. In-8, 43 p., Paris, H. Jouve 1897.

Bonne thèse faite sous l'inspiration de M. Kalt et dont voici les conclusions :

La conjonctivite subaiguë est une variété clinique spéciale, caractérisée par une hyperémie intense de la conjonctive palpébrale; elle est due à un microbe spécial : le diplobacille de Morax, pathogène pour la conjonctive humaine; c'est une affection fréquente et facilement curable, mais qui ne nous semble pas devoir rentrer dans la classe des conjonctivites contagieuses.

Le diplobacille n'existe pas sur la conjonctive saine, mais sa présence dans les fosses nasales paraît constante. De nouvelles recherches nous permettront d'affirmer que le microbe peut suivre la voie ascendante pour pénétrer sur la conjonctive par l'intermédiaire du canal lacrymo-nasal.

Contribution à l'étude de la dacryocystite congénitale, par le Dr Sam. Davicion Lévy, ancien interne des hôpitaux de Paris, in-8, 48 pages. Paris, Steinheil, 1897.

Voici les conclusions de l'auteur :

I. — La dacryocystite congénitale n'est pas, primitivement, une inflammation du sac lacrymal. La persistance de l'*état fœtal* du canal lacrymo-nasal, à la naissance, produit un engorgement du canal et du sac par les masses d'épithélium dégénéré, qui se font jour dans le coin de l'œil, sous l'aspect d'un magma épais et jaunâtre.

II. — L'infection survient secondairement et se traduit par la suppuration accompagnée de phénomènes réactionnels plus ou moins marqués.

III. — Ainsi comprise, la dacryocystite congénitale évolue normalement vers la guérison, sans tendance aux complications d'aucune sorte.

IV. — On a classé dans le cadre de la dacryocystite congénitale des faits survenus secondairement à la suite de syphilis ou de tuberculose héréditaire et congénitale.

V. — On doit toujours combattre par les divers traitements médicaux toute dacryocystite congénitale, en se rappelant que la guérison spontanée survient quelquefois après deux, trois mois et plus. Quand on aura décidé une intervention chirurgicale, on évitera les instruments de gros calibre, tels que la seringue conique de Weiss, on se servira de la sonde de Bowman numéro 1, sous le chloroforme.

Des troubles oculo-orbitaires dans les sinusites maxillaires, par le Dr Riolacée, de Saint-Etienne; in-8, 72 pages. Lyon, A. H. Storck.

Cette thèse a été faite à Lyon dans le service de M. Rollet. En voici les conclusions :

I. — L'empyème aigu ou chronique du sinus maxillaire peut provoquer des accidents inflammatoires ou des troubles réflexes du côté de l'orbite et de l'œil. Ces accidents doivent être assez fréquents, mais ils ne sont, la plupart du temps, pas rattachés à leur véritable cause, l'empyème du sinus maxillaire étant lui-même très souvent méconnu.

II. — Les lésions inflammatoires sont les plus fréquemment observées; elles paraissent se manifester plus souvent dans les inflammations aiguës ou subaiguës de l'antre;

A — On a observé l'*ostéo-périostite* du plancher de l'orbite. Cette affection doit être considérée comme relevant, dans la grande majorité des cas où on l'observe, d'une affection propagée du sinus maxillaire (Panas, Duplay, Rollet). Sa production est facilitée par le peu d'épaisseur de la paroi, et par les déhiscences que l'on observe quelquefois dans cette même paroi. Elle aboutit dans quelques cas à la formation d'une large communication entre l'orbite et le sinus.

Quand elle siège près du trou optique elle peut provoquer l'inflammation ou la compression du nerf optique, et consécutivement l'affaiblissement et même la perte définitive de la vision.

B. — Le *phlegmon orbitaire* qui évolue avec les mêmes symptômes que les phlegmons dus à d'autres causes, et avec la même gravité. Dans la plupart des cas, ils doivent succéder à une ostéo-périostite du plancher.

C. — Peut-être des *phlébites* orbitaires.

D. — La *dacryo-adénite* (Galezowski).

Les iritis qui surviennent dans le cours d'empyèmes du sinus, regardées par Ziem comme inflammatoires, paraissent devoir être rangées plutôt parmi les troubles réflexes.

III. — Comme troubles réflexes on a observé :

L'iritis;

Le rétrécissement du champ visuel;

Le blépharospasme, le ptosis, etc.

La dilatation pupillaire.

Ces troubles réflexes disparaissent très rapidement après l'ouverture du sinus malade et l'évacuation du pus.

IV. — Sauf dans le cas d'empyèmes aigus où l'atten-

tion est attirée du côté du sinus, ce n'est que par un interrogatoire soigneux et souvent par l'examen du sinus que l'on pourra rattacher les troubles précédents à l'inflammation de l'antre. L'examen des fosses nasales et des sinus doit donc compléter tout examen oculaire.

V. — Le traitement de ces complications consistera évidemment à traiter l'empyème du sinus d'abord. On évacuera en outre le pus de l'orbite dans les cas d'inflammation soit en maintenant ou pratiquant une ouverture palpébrale inférieure, soit en favorisant l'écoulement du pus par le sinus drainé par sa partie inférieure ou antéro-inférieure (trépanation alvéolaire ou canine).

De l'iridocyclite dans les tumeurs intra-oculaires, par le Dr Paul Bouteillier, in-8, 79 pages. Paris. Carré et Naud, 1899.

Voici les conclusions de cette thèse faite à l'Hôtel-Dieu.

1° Dans la très grande majorité des cas, les tumeurs intra-oculaires provoquent du glaucome dans les yeux qui les contiennent. Cependant on trouve un certain nombre de faits dans lesquels, avec ou sans glaucome préalable, il s'est développé une violente iridocyclite.

2° Cette iridocyclite affecte le plus souvent la forme plastique, elle entraîne quelquefois l'atrophie du globe. Elle peut revêtir la forme sympathique.

3° L'existence de cette iridocyclite doit être parfaitement connue au point de vue clinique. Si l'on n'était prévenu, en effet, elle pourrait faire penser à une inflammation oculaire syphilitique ou tuberculeuse en présence d'une masse néoplasique, alors qu'il s'agirait d'une tumeur maligne nécessitant à bref délai l'énucléation.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 14 mars 1899. — Présidence de M. Panas.

La correspondance comprend : 1° une lettre de M. le Dr Barette (de Caen), qui se porte candidat au titre de correspondant national dans la deuxième division ; 2° une lettre de M. le Dr Dupuy (de Toulouse), qui se porte candidat au titre de correspondant dans la quatrième division.

Election. — L'Académie procède à l'élection d'un titulaire dans la classe des associés libres.

Au premier tour de scrutin, sur 81 votants, majorité 42, M. Filhol est élu par 48 voix contre 24 données à M. Galippe, 4 à M. Galezowski, 2 à M. Commenge, 1 à M. Corlieu et 2 bulletins blancs.

Grossesse extra-utérine. — M. Pinard présente une femme de 37 ans qui, après avoir eu sept grossesses normales, a eu une grossesse extra-utérine. Cette malade a été opérée le 21 décembre avec l'aide de Segond. On se contenta d'ouvrir l'œuf en en suturant les lèvres à la paroi abdominale. L'enfant pesait près de 10 livres. Les enfants peuvent donc se développer fort bien en dehors de la cavité utérine. Ces grossesses peuvent évoluer jusqu'à terme lorsqu'on peut soumettre les femmes à une hygiène spéciale.

M. Guéniot demande à M. Pinard si l'enfant était dans un kyste fœtal.

M. Pinard. Dans les deux cas où j'ai eu des enfants vivants, ces enfants étaient enveloppés dans un kyste fœtal. Il faut une hygiène spéciale pour que ces kystes ne se rompent pas.

M. Guéniot. J'ai eu l'occasion d'opérer une femme, mère d'un enfant arrivé presque à terme et développé sans aucun kyste au milieu des intestins. Cet enfant a succombé, malgré toutes les prévisions vers le 15e jour, avec des abcès sur le pourtour de la machoire. J'ai pensé que cet enfant avait été infecté au cours de la grossesse. Cette femme était maintenue au lit, mais sans immobilité extraordinaire.

M. Pinard. Le fait de M. Guéniot montre l'importance qu'il y a pour le fœtus, quand il n'est pas dans la matrice, à être au moins contenu dans un kyste fœtal pour ne pas être infecté.

Traitement de l'appendicite. — M. Dieulafoy. J'ai été surpris de voir, dans la dernière séance, M. Tillaux essayer de repêcher le traitement médical de l'appendicite. Nos collègues de la Société de chirurgie se sont déclarés opposés à la temporisation et disent comme nous qu'il n'y a pas de traitement médical de l'appendicite. M. Dieulafoy espère que l'unanimité des médecins finira par se ranger de ce côté. Alors, qui a porté M. Tillaux, à vanter le traitement médical ?

Mes soixante-six malades ont été opérés par une douzaine de chirurgiens. Les 9 malades qui ont succombé sont morts parce qu'ils ont été opérés trop tard. Le traitement médical n'est qu'un leurre, il n'existe pas, c'est une pratique néfaste. Le seul traitement, c'est le traitement chirurgical, à la condition qu'il soit fait en temps voulu. M. Tillaux m'a demandé ce que je voulais dire par ces mots : opérer en temps voulu. Il faut opérer dans les vingt-quatre premières heures l'appendicite à forme aiguë, douloureuse. Dans les formes moins aiguës, il ne faut pas dépasser les trente-six heures. Tous les malades opérés dans ces conditions ont guéri.

M. Lucas Championniere. On a divisé les chirurgiens en interventionnistes et non interventionnistes et on m'a classé à tort dans la seconde catégorie. J'ai été frappé de quelques erreurs de diagnostic et de la disparition de la typhlite et de la périty phlite. M. Dieulafoy, dans une série de communications des plus intéressantes, est venu faire le diagnostic de l'appendicite ; dans ces cas très nets, je suis très porté à opérer comme les autres.

M. Reclus nous a dit que, toutes les fois qu'on ouvrait une appendicite, on trouvait du pus ; mon expérience n'est pas du tout en rapport avec la sienne à ce sujet. Toutes les fois qu'il y a des foyers purulents, il faut qu'ils soient ouverts ; dans ces cas, il ne faut pas attendre pour opérer à froid.

Dans tous les cas qui viennent de la médecine à la chirurgie ; on opère sur les indications fournies par le médecin et je ne vois pas de honte à opérer dans ces conditions. M. Millaux ne veut pas opérer après une première attaque, il préfère attendre la seconde ou la troisième ; or toutes les fois que j'ai eu des cas foudroyants, il s'agissait d'une première attaque.

M. Dieulafoy nous a fait le diagnostic de l'appendicite avec la typhlite et la colite qui existent encore. Cette question de diagnostic est précisément la partie difficile de la question

Je crois que ce sont les cas chroniques, qui sont non de

l'appendicite,mais de l'entérite et de l'entérocolite, qui sont très difficiles à juger. Ces cas ont été niés, ces malades trompent complètement sur les autres accidents aigus ; il se rapprochent beaucoup de certaines formes frustes d'appendicite dans lesquelles il faut au contraire opérer.

M. Dieulafoy tient beaucoup à sa théorie de la cavité close ; des faits que j'ai observés ne sont pas d'accord avec cette opinion.Il y a quelques années, on attribuait l'appendicite à la présence de corps étrangers ; actuellement on ne trouve plus de corps étrangers dans les appendices. Toutes ces théories ne signifient donc pas grand'chose.

Il est probable que l'appendicite est beaucoup plus commune aujourd'hui qu'elle ne l'était autrefois. Nous sommes encore loin, il est vrai, de ces pays d'Angleterre, d'Allemagne et surtout d'Amérique où le même chirurgien opère jusqu'à 150 appendicites par an. C'est là sans doute une question d'alimentation.

Il y a un traitement médical à faire, mais dans les cas où il n'y a pas en réalité d'appendicite.

Un certain nombre de cas d'appendicite sont survenus chez des obèses. Il faut opérer quand même, mais l'éventration, et une éventration très pénible, peut être dans ces cas la conséquence de l'opération.

De l'abaissement de température chez les enfants débiles. — M. Budin. Lorsque l'enfant est faible, l'abaissement de température qui suit la naissance peut aller très loin. Chez un enfant atteint de sclérème, j'ai trouvé 25° de température rectale. Il mourait dans la journée.

Quand j'ai pris le service de la Maternité en 1895, j'ai vu beaucoup d'enfants succomber dans les vingt-quatre heures ou dans les quarante-huit heures, de dégénérescence graisseuse du cœur. En trois années à la Maternité, nous avons eu 142 enfants apportés dans la salle des débiles avec une température inférieure à 32°. 139 de ces enfants sont morts ; 3 seulement ont survécu. Il y avait assurément d'autres causes, syphilis, entérite, mais on peut considérer le refroidissement comme la cause capitale de la mort de ces enfants.

Frappé de ces faits, j'ai fait mettre immédiatement ces enfants dans une couveuse; aussi pour les enfants du même poids, à la clinique Tarnier, la mortalité n'a plus été que de 26 p. 100 au lieu de 98 p. 100.

Cet abaissement de température est évidemment très considérable; mais pour un abaissement de 33°,5 à 32°, sur 155 enfants apportés dans la salle des débiles de la maternité, 141 sont morts, 14 seulement ont survécu, ce qui fait encore une mortalité de 90 p. 100.

Le tiers des enfants apportés à la Maternité avaient un abaissement de température, c'est donc un accident commun. La gravité de cet abaissement de la température est d'autre part en rapport avec le poids de l'enfant ; la mortalité est d'autant plus faible que le poids est plus élevé.

Il faut donc prendre pour les enfants nés avant terme de très grandes précautions ; il faut faire tout pour que ces enfants ne se refroidissent pas et en cas de besoin transporter ces enfants dans des couveuses.

Les enfants qui naissent à terme sont beaucoup plus résistants; cependant on se rappelle ces hécatombes de petits Parisiens, transportés assez loin, surtout l'hiver, pour être placés en nourrice. On prend actuellement à ce sujet de grandes précautions.

Anévrysme de l'artère sous-clavière. — M. Gérard-Marchand présente un malade atteint d'anévrisme de l'artère sous-clavière et auquel M. Lancereaux avait fait sans succès 22 injections de sérum.La dilatation s'étendait également sur la veine brachio céphalique; j'ai donc fait la ligature de la carotide primitive et de l'artère axillaire au delà du sac.Le résultat a été merveilleux,ces faits sont exceptionnels.

L'Académie se forme en comité secret pour entendre le rapport de M. Reclus sur les candidats au titre de correspondant national de la 2e division (chirurgie).

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 10 *mars. — Présidence de* M. Raymond.

Congestion pulmonaire massive à pneumocoques. — M. Caussade rapporte l'observation d'un malade de 46 ans chez lequel une congestion pulmonaire massive du côté gauche, simulant, au début, un vaste épanchement de la plèvre, disparut peu à peu, par tranches successives, de haut en bas, puis se porta alors du côté droit, qu'elle envahit de bas en haut.

La durée fut de trois mois et demi. Cette observation offre, en outre, un intérêt tout particulier, en ce que le pneumocoque Talamon-Frankel pur fut l'agent pathogène et qu'il conserva sa virulence pendant presque toute la durée de la maladie. Or, on sait combien, dans les cas pathologiques et expérimentaux, ce microbe s'atténue et perd rapidement sa virulence.

Ulcère gastrique méconnu. — M. Florand raconte l'histoire d'un homme de 40 ans, chez lequel un ulcère stomacal volumineux (8 cent. sur 10), ne s'était jamais traduit que par des douleurs épigastriques très vives, que rien ne pouvait calmer. Ce malade avait fait divers services et on inclinait à croire qu'il était un simple simulateur. Or, il vient de mourir brusquement avec tous les sigues d'une hémorragie interne. A l'autopsie on a trouvé l'estomac rempli en totalité par un caillot, qui le moulait. L'ulcère siégeait sur la petite courbure et portait un peu sur la face postérieure. Il était légèrement adhérent au pancréas.

Le malade avait accusé, en plus de sa douleur principale épigastrique, une douleur simulant celle de l'angine de poitrine.

M. Rendu. Une douleur de ce genre a été signalée récemment par M. Merklen dans l'observation qn'il a présentée à la Société. Peut-être y a-t-il, dans ces douleurs à forme d'angor, un signe qui pourrait servir au diagnostic de ces ulcères méconnus.

Entorse sacro-iliaque. — M. Galliard communique une observation d'entorse sacro-iliaque gauche, avec parésie secondaire des muscles de la face postérieure des cuisses.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 11 *mars* 1899. — *Présidence de* M. Jullien.

La séance est ouverte à 4 h. 30. Le procès-verbal de la dernière réunion est lu et adopté.

M. le secrétaire général, à propos du procès-verbal, annonce que la rectification réclamée par M. Antonelli a été faite.

Correspondance imprimée. — Revues et journaux habituels. Prospectus de M. le Dr Léon Leriche attirant l'attention sur son sanatorium de Meung-sur-Loire (Loiret). — *Les sanatoria pour la tuberculose pulmonaire à Davos*, hommage du Dr Cozzolino (de Naples). — *La cosmogonie dualiste*, brochure de M. Alhaiza. — Travaux de la Faculté de médecine de Tokio (Japon). — M. Buret offre à la bibliothèque trois brochures intitulées : 1° *Des causes d'erreur dans le diagnostic de la syphilis* ; 2° *Deux mots sur la lèpre. Est-elle héréditaire, contagieuse ou essentielle ?* 3° *La soi-disant origine américaine de la syphilis ; d'où vient cette légende.*

M. le président remercie M. Buret au nom de la Société.

Correspondance manuscrite. — Télégramme de M. Picqué, atteint de la grippe, qui s'excuse de ne pouvoir assister à la séance.

M. le secrétaire général. — Je vais maintenant vous donner lecture d'une lettre que j'ai adressée, il y a trois semaines, au journal *Le Soleil*. Pour que vous puissiez apprécier le motif de ma réclamation, je vous dirai, ou plutôt je vous rappellerai — car il n'est personne ici qui n'en soit écœuré — que la 3e page des journaux politiques est envahie par des réclames plus ou moins habiles concernant des produits dont le moindre défaut est d'être inutiles. Ces éloges pompeux sont signés de soi-disant médecins aux noms fantastiques, absolument introuvables sur n'importe quel annuaire, même le plus gratuit. Tous, qu'il s'agisse d'une eau merveilleuse pour la calvitie, ou de pilules souveraines contre l'obésité, se recommandent de sociétés médicales n'existant que dans leur imagination. Cette pratique est fort prudente ; mais comme il faut donner à ces déclarations aussi audacieuses que mensongères une apparence d'authenticité, on annonce que le produit a été approuvé par une société savante, dont le nom imaginaire se rapproche assez de celui d'une société existante pour que le gros du public n'y voie que du feu. Les gens méfiants peuvent croire à un *lapsus calami* où à une erreur typographique. Bref, les trois quarts des lecteurs sont impressionnés et le tour est joué.

Or, Messieurs, c'est notre Société qui a été choisie, son nom se prêtant sans doute mieux que tout autre à la contrefaçon ; non contents de sophistiquer leurs produits, ces marchands, qui ne respectent rien, ont également dénaturé notre raison sociale, mais pas assez toutefois pour qu'on ne puisse nous reconnaître. Dans leurs prospectus, nous devenons la *Société de médecine de France*. Nous ne pouvons que repousser

Ou cet excès d'honneur ou cette indignité.

Evidemment il ne nous est pas possible de formuler de plainte au point de vue légal, puisque ce n'est pas notre titre exact : toutefois bien des gens s'y trompent, ne fût-ce que l'Administration des Postes, par exemple. Il y a quelques mois, nous recevions ici, 3, rue de l'Abbaye, à notre siège social, une lettre portant comme suscription : *Monsieur le Président de la Société de médecine de France.* L'adresse avait été mise au bureau central des Postes. Nous n'avons pas cru devoir vous faire perdre du temps à en écouter la lecture : j'ai répondu purement et simplement à l'auteur de la lettre, un rentier de Paris, qu'il avait affaire à des gens d'une mauvaise foi certaine, laquelle durerait probablement aussi longtemps que la calvitie de ce chauve soupçonneux à bon escient. Ce Monsieur nous demandait dans quelle séance nous avions examiné une eau de coiffeur quelconque qui se disait « hautement approuvé par la Société de médecine de France », et où il pourrait se procurer les conclusions de notre rapport : ces choses-là ne s'inventent pas. Le Bureau, ce jour-là, s'est contenté d'en rire.

Mais depuis quelques semaines, j'ai constaté, dans le *Soleil*, un tel défilé d'ingrédients placés sous notre pseudo-patronage que j'ai fini par envoyer à la rédaction du journal la lettre suivante, dont il est temps que je vous donne enfin lecture.

« Monsieur le Rédacteur en chef du *Soleil*,

Je remarque depuis quelque temps, dans le *Soleil*, des réclames concernant divers produits lancés par certains industriels, se disant médecins (noms inconnus) ; contre cela, rien à faire, car l'inertie des pouvoirs publics les protège ; il ne s'agit que de la santé ! Mais où ces charlatans mettent le comble à leur audace, c'est lorsqu'ils se déclarent approuvés par la Société de médecine de France. Vous me direz qu'il n'y a pas de Société de médecine de France ; c'est entendu et c'est là où éclate leur mauvaise foi ; mais il y a la Société de médecine de Paris, une centenaire qui proteste hautement contre toute accointance avec ces sortes de gens et à laquelle, croyez-le, on n'a jamais donné à examiner des drogues destinées à faire pousser une perruque sur des billes d'ivoire, etc. La preuve que la confusion est possible — et on y compte bien — c'est qu'un brave bourgeois m'écrivait tout dernièrement pour me demander dans quelle séance nous avions examiné ce produit et où il pourrait se procurer les conclusions du rapport ; je m'empressai de détromper cet homme avisé. Le journal qui insère une réclame n'a certes pas à se préoccuper de la valeur d'un produit commercial ; mais comme je doute que le *Soleil* veuille couvrir une fraude dénoncée et évidente, je vous serais très reconnaissant, M. le Rédacteur en chef, de vouloir bien insérer la présente dans un de vos prochains numéros.

Veuillez agréer, Monsieur, l'assurance de mes sentiments distingués. Dr F. Buret

Secrétaire général de la Société de médecine de Paris.

Comme bien vous pensez, cette lettre que j'ai écrite par acquit de conscience, n'a pas été insérée. Pour qui connaît un peu la « cuisine » d'un journal — passez-moi ce mot — cela s'explique fort bien. Les quotidiens, qui vivent surtout de leurs annonces, ne peuvent désavouer le lendemain ce qu'ils ont prôné la veille : la clientèle frelatée, celle qui rapporte le plus, passerait immédiatement chez le voisin moins scrupuleux. Le Don Quichotte fâcheux, qui se dresse entre la caisse et la conscience, est un revenant d'un autre âge qu'il faut écarter à tout prix et dont l'existence ne doit même pas être soupçonnée ; on organise contre lui la conspiration du silence, bien plus forte que les arguments les plus alambiqués.

Mais l'autorité ? me direz-vous. Ah ! le bon billet qu'a La Châtre ! Quand les pouvoirs s'occupent de nous, ce n'est pas pour nous protéger contre l'exercice illégal de la médecine ou poursuivre les forbans de la profession ; c'est pour augmenter la patente et rendre presque impossible la vie matérielle du praticien honnête, déjà difficile à notre époque. Il y a quelques jours, un client de province, victime de la rapacité d'un chevalier d'urinoir, m'expliquait naïvement qu'il se croyait garanti par l'annonce timbrée des monuments reconnus d'utilité publique, ne pouvant

admettre, disait-il, que « la Police tolèrerait cet affichage s'il ne s'agissait pas de médecins authentiques exerçant honnêtement ». Ce brave garçon, qui retarde de 50 ans, eut l'air absolument ahuri, quand je lui révélai que, sous les divers pseudonymes qui tapissent les vespasiennes, se cachent des personnalités diverses dont la plupart n'ont jamais possédé de diplômes, même d'officiers de santé. Mon client était d'avis que la municipalité devrait au moins contrôler cet affichage spécial; je crains que ce vœu ne soit pas réalisé dans un avenir prochain. La morale qui se dégage de tout ceci est que ces affiches, auxquelles la plupart des Parisiens accordent le dédain qu'elles méritent, font encore des victimes — et trop nombreuses — surtout parmi les habitants de la province.

Si je vous signale ces faits — hélas! trop connus! — ce n'est pas que j'espère que ma faible voix sera entendue en haut lieu, car j'ai passé l'âge des naïvetés. J'estime toutefois que nous ne devons pas désarmer et qu'il faut protester chaque fois que l'occasion s'en présente. Dussé-je éternellement prêcher dans le désert, je romprai autant de lances qu'il le faudra, en vertu de ce principe que rien de ce qui concerne le corps médical ne doit-être indifférent à un médecin français, même quand il n'exerce pas.

M. LE PRÉSIDENT remercie M. Buret d'avoir commencé une campagne contre les charlatans, mais il ne se fait aucune illusion non plus sur le résultat probable.

M. MOUZON demande si la loi ne permettrait pas d'exiger la rectification dans le journal qui a publié l'annonce.

M. LE PRÉSIDENT répond que, n'étant pas visée directement, la Société de médecine de Paris ne peut exiger l'insertion; mais, comme des confusions se produisent, il est bon de donner à la communication de M. Buret toute la publicité qui nous est possible, et de nous adresser à la presse médicale, la seule où nous puissions être entendus.

M. LEUDET lit une communication intitulée : **Hystérie et hémoptysie (tuberculose pulmonaire ou hystérie?)** (Voir ci-dessus, p. 161).

M. DE RANSE a observé, il y a une vingtaine d'années, à Néris, une jeune fille de 20 ans, hystérique, qui avait des hémoptysies très abondantes, mais irrégulières; il l'a suivie pendant un ou deux ans; son état restait stationnaire. Quatre ou cinq ans plus tard, il apprit indirectement qu'elle était morte phtisique. L'hystérie, par les congestions répétées, peut, sans doute, préparer le terrain au bacille de Koch.

M. MOUZON demande si M. Leudet a remarqué chez sa malade une coïncidence entre les hémoptysies et les règles.

M. LEUDET répond affirmativement.

M. MOUZON. — Quels stigmates hystériques présentait cette malade?

M. LEUDET attache une importance capitale à la dyspnée spéciale qu'il a décrite dans son observation.

M. JULLIEN demande à M. Leudet si les Eaux-Bonnes n'ont pas eu d'action fâcheuse sur les hémoptysies.

M. LEUDET est convaincu qu'il n'en est rien.

M. ROUBINOWITCH demande si l'aphonie a présenté des caractères hystériques évidents et comment l'aphonie a disparu.

M. LEUDET dit que cette disparition a été brusque.

M. ROUBINOWITCH.— Dans cette observation, les stigmates hystériques étaient bien peu évidents et, au contraire, les signes physiques pulmonaires très nets. Les yeux ont-ils été examinés; le champ visuel était-il rétréci?

M. LEUDET n'a pas fait cet examen, mais il croit qu'il s'agit en somme d'une hystérie fruste.

M. BURET a eu récemment l'occasion d'observer une malade atteinte de métrorrhagies, qui lui ont paru d'origine hystérique. M. Picqué, qui a examiné cette malade, n'a trouvé dans les organes génitaux aucune lésion expliquant les métrorrhagies. Il a conseillé le bromure de potassium; depuis que cette médication a été instituée régulièrement, la malade a des crises hystériques moins fréquentes, et, ce qui est surtout intéressant, ne perd pour ainsi dire plus de sang en dehors des règles. Or, auparavant, on la suivait à la piste et elle était prête à toute opération utile.

M. DE RANSE demande quelques détails à M. Frankel sur l'examen microscopique et bactériologique qu'il a fait des crachats de la malade de M. Leudet.

M. FRANKEL dit que ces crachats étaient principalement composés de cellules épithéliales pavimenteuses provenant du pharynx et de la bouche, de microcoques ordinaires et de sang intimement mêlé aux crachats, sans pus ni bacilles. L'ensemble de ces signes a été donné comme caractéristique des crachats hystériques. Les grandes hystériques présentent dans leurs crachats une grande quantité d'épithélium pavimenteux.

M. DUBUC a vu, étant externe dans le service de Beau, une femme non tuberculeuse, hystérique, ayant des suppressions de règles et des hémoptysies très abondantes. Il ne sait ce qu'elle est devenue. Ces faits sont, d'ailleurs, connus depuis très longtemps.

M. GLÉNARD dit que la communication de M. Frankel lui rappelle le travail de M. Josserand qui a décrit, sous le nom d'hémosialorrhée, une hémoptysie présentant les caractères indiqués par M. Frankel et autorisant à porter le diagnostic d'hystérie.

M. JULLIEN s'est trouvé aux prises avec un cas analogue.

La séance est levée à 5 h. 35.

Un des secrétaires annuels,
Dr DHOMONT.

SOCIÉTÉ DE DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE

Séance du 9 mars 1899.

Dermatite pustuleuse. — MM. HALLOPEAU et LÉVI montrent un fait de dermatite pustuleuse provoquée chez un enfant galeux par une friction avec le baume du Pérou mitigé; il rappelle que des frictions avec ce produit ont entraîné une mort rapide par intoxication; il importe donc de ne pas l'employer dans les cas où le tégument est le siège d'excoriations très étendues; chaque fois que la gale s'accompagne d'excoriations, il ne doit être appliqué que sur des surfaces très restreintes et mélangé avec un excipient neutre tel que l'huile d'amandes douces, surtout chez les enfants; même dans ces conditions, ce médicament, chez des sujets prédisposés, ne peut être toléré; il donne lieu à une dermatite pustuleuse intense et lente à s'effacer; il ne doit donc pas être considéré comme un médicament de choix et constamment inoffensif dans le traitement de la gale.

Dermatite herpétiforme. — M. Hallopeau. Il s'agit d'un homme atteint depuis quatre mois d'une dermatite herpétiforme de Buhring chez qui les injections de sérum de lait ont amené d'abord une diminution dans le nombre des bulles qui survenaient quotidiennement, puis leur disparition; on ne peut dire si elle est passagère ou définitive. Cette médication employée d'abord par Gisbert dans diverses maladies a été mise en œuvre par M. Lereboullet, qui en avait reconnu l'efficacité dans des cas de neurasthénie, d'athrepsie et de débilité; dans un cas de dermatite herpétiforme dont le pronostic semblait désespéré, il l'avait associé à la strychnine, à l'ergotine et à la quinine; le malade a guéri. Ce sérum préparé suivant les indications de M. Lereboullet par M. Dumouthiers n'est pas un produit banal, car il donne, le jour où il est injecté, une réaction fébrile parfois intense. Hallopeau ayant obtenu par son emploi exclusif un excellent résultat, pense que c'est à lui et non aux alcaloïdes administrés concurremment que M. Lereboullet a dû son succès si remarquable; de nouvelles recherches doivent être faites dans cette direction.

M. Leredde, vu l'absence d'éosinophilie dans le cas de M. Hallopeau, met en doute le diagnostic de dermatite herpétiforme.

MM. Brocq et Besnier font remarquer que de l'appréciation des médications employés dans la dermatite de Duhring il faut tenir compte de l'évolution cyclique de la maladie.

MM. Hallopeau et Le Sourd présentent une malade atteinte d'un chancre de la paupière supérieure : on dirait une pastille couleur de chair, enchâssée dans ce repli dont il détermine l'abaissement; c'est là une localisation rare.

M. Fournier, vu l'absence de ganglions satellites, met en doute le diagnostic de chancre induré. Il existe dans la science une demi-douzaine de cas authentiques de chancre sans ganglion.

M. Renault pense qu'il y aurait lieu de faire le diagnostic avec l'épithelioma.

M. Besnier. Dans ce cas l'examen histologique s'impose.

M. Leguen présente un cas d'**actinomycose cervico-faciale** et fait remarquer qu'il faut quelquefois poser ce diagnostic, même si l'on ne trouve pas les graines jaunes caractéristiques parfois difficiles à trouver. L'iodure de potassium n'a pas donné dans ce cas les résultats si vantés.

Gommes tuberculeuses. — M. Fournier présente deux malades atteints de cette affection. Le diagnostic doit être fait avec les gommes syphilitiques : 1° Les gommes tuberculeuses ont une aréole inflammatoire de 0,01 centimètre environ; dans la syphilis il n'y a pas d'aréole. Dans les gommes syphilitiques il y a une induration sous-jacente manifeste qui n'existe pas pour les gommes tuberculeuses. Dans la syphilis, pigmentation très nette autour des gommes cicatrisées, pas de pigmentation dans les cicatrices de la tuberculose cutanée.

Hérédo-syphilis tardive. — M. Barbe. L'observation suivante est une preuve de plus à ajouter à bien d'autres qu'il ne faut point renoncer au diagnostic et au traitement d'accidents syphilitiques sans avoir essayé tous les modes d'administration du mercure.

Voici l'observation résumée d'une malade que j'ai pu suivre en décembre et janvier derniers. Celle-ci est une jeune fille de 23 ans qui, bien qu'elle soit actuellement fortement constituée se serait développée, et aurait parlé tardivement, mais il ne semble pas qu'elle ait eu autre chose jusqu'à l'âge de 13 ans; à cet âge elle aurait eu une attaque d'hystérie d'une durée insolite. La malade fut réglée à 15 ans, et depuis cet âge jusqu'à 21 ans elle fut sujette à des attaques hystériques qui se répétaient même plusieurs fois par jour.

C'est en février 1898 qu'elle commença à souffrir de la jambe droite, au niveau de la partie moyenne du tibia, surtout pendant la nuit; le genou droit devint en même temps douloureux. Les douleurs allèrent en croissant, si bien que la malade fut dans l'impossibilité de marcher.

En juin, un chirurgien méconnaissant la nature de son mal lui fit une longue incision sur la jambe droite et un râclage de l'os. Cette opération n'amena aucun soulagement.

En août, le tibia et le genou gauche furent pris des mêmes douleurs qu'à droite, de même l'os du cubitus se tuméfia à gauche comme à droite. A cette époque, un médecin ancien interne des hôpitaux, soupçonnant la syphilis, administra le traitement spécifique qui consista en pilules sirop de Gibert, solution d'iodure de potassium mais qui n'amena aucune amélioration dans l'état de la malade.

Aussi ce distingué confrère, s'appuyant sur l'adage si connu : *Naturam morbarum curationes ostendiunt*, et ayant obtenu du traitement d'épreuve un résultat nul, finit par abandonner son diagnostic et, par suite, le traitement spécifique.

Quand je vis la malade pour la première fois, je n'hésitai pas à affirmer que la malade était bien une syphilitique, à preuve les altérations des incisives supérieures, telles qu'elles ont été décrites par Hutchinson, à preuve les périostites douloureuses avec exaspération nocturne. Aussi m'empressai-je de lui faire une injection sous-cutanée de 1 gramme, de la solution de cyanure de mercure préconisée, et avec juste raison, par le Dr Abadie (eau distillée 10 g., cyanure d'Hg. 0,10, cocaïne 0,10), qui est admirablement supportée par tous les malades.

Cette injection fut répétée tous les jours pendant 15 jours; au bout de quelques injections, les douleurs avaient diminué et la malade, jusque-là presque impotente, put faire quelques mouvements. Le quinzième jour celle ci quitta son lit et put, en s'appuyant sur le bras de quelqu'un, faire quelques pas.

La médication, qui avait été interrompue pendant une dizaine de jours, fut de nouveau reprise, car la malade accusait de nouveau quelques douleurs et ne pouvait encore marcher d'une façon assurée. On fit encore une douzaine d'injections. Nouvelle interruption puis une troisième série d'injections, après quoi la malade put quitter la chambre et partir à la fin janvier 1899 pour une maison de convalescence.

Le 26 février, je revois B... qui est atteinte d'une iritis droite. Elle demande son admission dans le service du Dr Gaucher où elle se trouve depuis le 5 mars. J'espère que cette malade si intéressante pourra être présentée à la Société dans la séance prochaine du mois d'avril.

Ulcérations tuberculeuses des pieds. — Chez un homme de 43 ans, début, il y a deux ans et depuis ce jour extension graduelle. Aujourd'hui une plaque de tuberculose verruqueuse (Type Biehl-Paltauf) et en outre trois larges ulcérations franchement tuberculeuses au talon et autour de

lui (bords déchiquetés a pic, fond mamelonné et hérissé de bourgeons papillomateux à sommet épidermisé blanchâtre.) Ces bourgeons d'aspect conique ou claviforme sont cohérents, séparés par des sillons baignés d'un pus séreux, Depuis un an, généralisation de la tuberculose, poumon, testicule, oreille. Il semble que l'infection procède de l'ulcère cutané; il faut reconnaître toutefois qu'il y a eu dans l'enfance des écrouelles cervicales.

Tumeur indéterminée du pied. — Danlos. Homme de 45 ans, sans tare organique appréciable. Début, il y a sept ans, et, depuis, extension graduelle malgré divers traitement. Peu de douleurs, sauf à une pression vive, marche prolongée, possible encore. Actuellement tumeur en plateau occupant la plante du pied; relief de cinq à six millimètres, consistance fibreuse très dure; surface parsemée de pustulettes superficielles. Aux limites du mal, nodules fibreux dermo-hypodermiques, isolés, surmontés chacun d'une pustule. Cet aspect existe sans autre modification qu'un peu d'extension depuis deux ans. Un biopsie n'a pas permis de définir histologiquement la tumeur. On ne peut invoquer ni syphilis, ni tuberculose adéno-fibreuse des glandes sudoripares?

M. Barbe. Ce cas ressemble singulièrement à ce qui a été décrit autrefois sous le nom de varices lymphatiques, et que l'on s'accorde aujourd'hui à considérer comme de la lymphangite tuberculeuse.

Lymphangiome ou hématangiome kystique de la langue. — P. Balzer et P. Gauchery. Il s'agit d'un jeune homme de 16 ans entré le 2 mars 1899 à la salle Hillairet, n° 22, pour une affection de la langue datant de dix ans environ.

A la face inférieure de la langue, on constate une tumeur irrégulière, d'aspect framboisé, qui semble formée de grappes de vésicules kystiques, les unes rouges, franchement hématiques, les autres blanches et transparentes comme des kystes lymphatiques.

Quand on examine le dos de la langue, outre l'hypertrophie très notable des papilles linguales, on constate un semis de petites vésicules, les plus grosses comme un grain de mil, de couleur rosée, mais absolument isolées les unes des autres.

Il n'y a aucun trouble fonctionnel. L'affection n'est pas congénitale, mais il est probable que la tumeur n'a appelé l'attention qu'à partir du moment où elle a pris un certain développement.

La tumeur appartient-elle au groupe des phématolymphangiomes ou au groupe des lymphangiomes proprement dits : l'examen histologique seul permettra de résoudre la question.

Erythème scarlatiniforme desquamatif récidivant. Lésions sanguines. — MM. Leredde et Dominici rapportent l'observation clinique d'une malade qui fut atteinte, à quatre ans d'intervalle, d'un érythème généralisé, terminé au bout de quelques semaines par une desquamation universelle.

L'étiologie de cet érythème est complètement inconnue; on ne peut le rattacher à une absorption médicamenteuse.

L'intérêt de l'observation se trouve dans la présence de lésions sanguines qui ont été observées au moment des deux poussées érythémateuses.

Le nombre des globules rouges est diminué (3.500.000) il existe une légère leucocytose (10.000), de l'hypochronie (10,50 au lieu de 13 ou 14 (méthode de Malassez), de l'éosinophilie (5 à 10 0[0), enfin on trouve dans le sang des globules blancs à noyau nu en grand nombre.

L'étude histologique révèle l'œdème intense du derme et de l'épiderme, la disparition de la couche granuleuse, la dissociation excessive des faisceaux conjonctifs. Nulle part on ne voit de cellules migratrices; autour des vaisseaux du derme, on trouve des foyers cellulaires constitués uniquement par des cellules fixes. Dr Barbe.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 15 mars 1899. — Présidence de M. S. Pozzi.

Luxation congénitale de la hanche réduite par le procédé non sanglant de Lorenz. — M. Broun présente 4 cas de luxations que des radiographies montrent réduites et dont une est restée réduite pendant dix-huit mois.

M. Broca. — J'ai opéré beaucoup de luxations congénitales et, dans un seul cas, j'ai pu constater que la tête était restée en face de la cavité sans grand bénéfice et dans la plupart des cas, il n'y avait qu'une transposition et la luxation n'était pas réduite.

Volvulus de l'S iliaque. — M. Routier. Dans un cas d'obstruction intestinale avec ballonnement énorme du ventre, je fis la laparotomie et trouvai une distension énorme de l'anse iliaque qui remplissait presque tout l'abdomen. Je pus assez facilement détordre l'anse étranglée, mais pour la réintégrer dans le ventre, je dus faire un véritable massage de l'anse et faire progresser le contenu de cette anse.

M. Michaux. Dans un cas de volvulus avec grande distension des anses contournées, j'ai dû faire une incision longitudinale de 1 centimètre et je pus aussi vider des gaz et des matières solides l'anse tendue pour trouver le point d'enroulement et remettre l'intestin en bonne position. L'incision fut suturée et la guérison fut parfaite. Je pense que cette petite méthode pourra rendre de grands services, non seulement parce qu'elle permettra de réintégrer plus facilement l'intestin dans le ventre, mais aussi de découvrir le point de contorsion de l'anse.

Dans certains cas de distension et de laxité du mésentème, Roux (de Lausanne) a proposé de diminuer par une suture la longueur du mésentère. Il a exécuté cette manœuvre; je l'ai faite moi-même et on peut ainsi mettre le malade à l'abri de la récidive.

M. Delbet. Il peut y avoir un ballonnement énorme du ventre, alors qu'il n'y a qu'une anse intestinale étranglée. Enfin, rien n'est plus facile que de détordre l'intestin. Le volvulus est peut-être le mode d'oblitération intestinale auquel il est le plus facile de remédier.

M. Walther. J'ai vu un cas dans lequel après laparotomie, l'intestin était tellement distendu que j'eus la sensation qu'il allait se rompre.

Je fis une ponction avec une aiguille de Dieulafoy qui donna issue à des gaz et à des matières.

Je vérifiai alors que c'était l'S iliaque qui était tordu dans le sens des aiguilles d'une montre, et je pus facilement le détordre.

M. Bobert. J'ai vu un malade succomber en moins de 12 heures, à un volvulus que l'autopsie montra facile à détordre, si l'intervention avait eu le temps d'être faite.

Dans un autre cas une tension de l'S iliaque donna lieu

au moment de la détorsion à une déchirure assez étendue de la séreuse. Je fis alors l'incision de l'S iliaque, qui se distendit, et je pus faire la réduction.

Plaie par balle de revolver. — M. Channey fait un rapport sur une observation adressée par M. Collin. Il s'agissait d'un malade qui reçut une balle de revolver qui traversa de part en part la cuisse. La cicatritation des deux orifices se fit rapidement, mais apparut une tumeur pulsatile du triangle de Scarpa, qui n'était autre qu'un anévrysme de la fémorale, commune (nouvelle appellation du tronc de la fémorale depuis l'arcade rurale jusqu'à la naissance de la fémorale profonde, nouvelle notation). M. Collin fait la dissection et l'ablation du sac, le malade guérit.

Nouvelle suture. — M. Berger fait un rapport sur un mode de suture adressé par M. Gauthier (de Luxeuil). C'est le point de la machine à coudre, qui a cet inconvénient de se relâcher dans tout son ensemble, si un seul point vient à lâcher. Je suis peu partisan des sutures temporaires profondes, quelque soit le mode employé.

M. Guiraud emploie une variété de suture chevillée classique.

Hernie congénitale à double sac du cæcum. Etranglement. Cure radicale. Guérison. — M. Berger fait un rapport sur une observation de M. Centeau.

Ostéomyélite; résection du tibia. Absence de réfection osseuse. Fracture consécutive et consolidation vicieuse du péroné à angle droit, résection et guérison en bonne position. — Présentation du malade par Walther.

Calcul rénal, néphrotomie. Guérison — M. Nelaton présente une malade opérée par M. Geanthenay.

F. Verchère.

MEMENTO PRATIQUE

Traitement de la broncho-pneumonie. — Infection le plus souvent secondaire, greffée sur une autre infection, la *broncho-pneumonie* répercute son action sur l'organisme tout entier. Le danger, sauf poussée congestive généralisée, est moins au poumon, qu'au cœur, qu'au rein, qu'au foie, qu'au système nerveux. Cette notion d'*infection généralisée*, malgré la localisation pulmonaire, doit guider le traitement.

D'abord la *prophylaxie*. Deux mesures y pourvoient, l'*isolement*, la *désinfection*. Tout enfant atteint de broncho-pneumonie doit être tenu isolé de tout autre enfant sain ou malade. Pendant la maladie, on désinfectera tout ce que touche le petit malade, tout ce et tous ceux qui le touchent, tout ce qui provient de lui.

Après la maladie, désinfection du local. Ces mesures s'appliquent avec d'autant plus de rigueur qu'il s'agira d'une agglomération d'enfants.

Pour prévenir la broncho-pneumonie, on pratiquera systématiquement l'*antisepsie des fosses nasales* et de la *gorge*. Pour le nez, on instillera dans les deux narines de l'*huile mentholée au* 10e.

Les irrigations boriquées, phénosalylées ou autres, auraient l'inconvénient de porter l'infection aux trompes d'Eustache et de là à la caisse du tympan.

Pour la gorge on choisira, selon les circonstances, les gargarismes, les irrigations avec une solution antiseptique, d'autant moins toxique que les enfants seront plus petits et incapables de ne pas avaler tout ou partie du liquide.

Avec la maladie déclarée commence le traitement proprement dit.

Le seul traitement rationnel aurait été un sérum antistreptococcique, tout au moins pour les broncho-pneumonies à streptocoques, les plus fréquentes. Jusqu'ici le résultat n'a pas répondu aux espérances.

Faute de sérum, il faut, pour combattre la maladie, non seulement attaquer la localisation pulmonaire, mais renforcer les moyens de défense naturelle de l'organisme.

Du côté du thorax, *révulsion* sous formes de *ventouses sèches*, nombreuses et répétées, scarifiées même dans certains cas. *Pas de vésicatoire*. Enveloppement humide du thorax avec des compresses imbriquées, recouvertes de taffetas ciré, fréquemment renouvelées. Cataplasmes sinapisés. Bottes d'ouate.

Contre les poussées congestives, chlorhydrate d'ammoniaque, sels de quinine, comme vaso-constricteurs.

En dehors de ces prescriptions, tout doit viser l'état général et renforcer en particulier l'action du cœur, du rein, du foie, du système nerveux.

Pas de medications hyposténisantes, antipyrine, aconit, en particulier, ipéca même ; la première ferme le rein, le second déprime le système nerveux, le troisième affaiblit le cœur.

On évitera dans la chambre du petit malade tout encombrement de choses et de gens. Le nettoyage s'y effectuera sans soulever aucune poussière, à l'aide d'un balayage au torchon humide ou à la sciure humide.

Admission large d'air pur, l'été, par l'ouverture judicieuse de la fenêtre, sans courant d'air possible sur le lit même de l'enfant, l'hiver par un bon feu de bois ; *jamais de poêle*, surtout du genre dit *mobile*.

Au besoin, imprégnation de l'atmosphère par des *vapeurs antiseptiques*, eucalyptus, thymol, créosote, etc. Si la disposition des locaux le permet, changement de chambre, chambre de jour, chambre de nuit ; ventilation large pendant l'inoccupance. Inhalations d'oxygène en cas d'asphyxie.

Comme *toniques cardiaques*, les infusions de thé ou de café, assez fortes la matinée jusqu'à 2 ou 3 heures après-midi, beaucoup plus faibles ensuite, le vieil extrait mou de quinquina, surtout celui préparé par la méthode de Vrij, la caféine elle-même, la Kola par gouttes d'extrait fluide.

Même action tonique sur la circulation par les *frictions aromatiques* au vinaigre ordinaire, au vinaigre aromatique, aux divers vinaigres composés, vinaigre de Pennès ou autre, alcool camphré, eau de Cologne, etc.

L'hydrothérapie, sous forme de *lotions fraîches*, simples, vinaigrées ou aromatisées, du drap mouillé, même quelquefois de *bains froids*, d'emploi délicat chez les tous petits, de *bains chauds* beaucoup plus maniables, *porte* ses effets principalement sur le système circulatoire, plus encore que sur le symptôme fièvre.

On entretiendra le bon fonctionnement du rein par l'usage de boissons abondantes, aqueuses et variées. Déjà thé et café s'y emploient ; on y ajoutera les orangeades, sirops à acide végétaux, à office d'alcalins et surtout le *lait*.

L'administration d'un purgatif de choix, le *calomel*, cinq centigrammes dans la première année, 5 centigrammes en plus par chaque année, assurera une asepsie intestinale relative qui soulagera le rein dans son élimination de toxines et permettra au foie de remplir mieux son rôle de destructeur de poisons. Un peu de sucre, un

peu d'éther sous forme de *sirop d'éther*, entretiendront la fonction glycogénique en bon état. Le benzoate de soude diminuera la toxicité des matières extractives.

Le système nerveux bénificiera dans une certaine mesure des toniques cardiaques, des pratiques hydrothérapiques. Plus spécialement, on le soutiendra par les excitants diffusibles, sels ammoniacaux, carbonate ou acétate. La *liqueur ammoniacale anisée* remplit bien cette indication, les injections d'éther, d'huile camphrée, de solution salée dite sérum artificiel, pour les cas graves.

Il y a quelques années encore, sous l'influence des médecins anglais, on prescrivait largement l'alcool sous toutes formes, grogs, champagne, etc. Il y a réaction aujourd'hui. En tous cas, si l'on continue à donner l'alcool à haute dose, il faut n'en faire qu'un usage momentané, pour produire une excitation dont on veut profiter, mais ne pas en prolonger l'administration pendant toute une suite de jours. Cette prolongation pourrait amener une action déprimante par l'irritation d'organes importants, foie, rein, par exemple, déjà rendus insuffisants par le fait même de la double intoxication infectieuse.

Dr H. Gillet (*Journal des praticiens*).

NOUVELLES

Faculté de médecine de Paris. — Les travaux pratiques obligatoires pour les étudiants en médecine, pendant le semestre d'été, sont :

Doctorat. — *Nouveau régime.* — Première année : Histologie, physiologie. — Deuxième année ; Physique biologique, histologie, physiologie. — Troisième année : Chimie pathologique, médecine opératoire.

Ancien régime. — Deuxième année : Histologie, physiologie. — Troisième année : Physiologie. — Quatrième année : Médecine opératoire.

Officiat. — Deuxième année : Physiologie. — Troisième année : Physiologie. — Quatrième année : Médecine opératoire.

Ces travaux ont lieu, à partir du 14 mars 1899, aux jours et heures ci-après indiqués à l'Ecole pratique, 15, rue de l'Ecole-de-Médecine.

1° Physique biologique : Sous la direction de M. Weiss, agrégé, chef des travaux ; lundi, mercredi et vendredi, de une heure à trois heures.

2° Histologie : Sous la direction de M. Retterer, agrégé, chef des travaux : lundi et mercredi, de neuf heures à onze heures du matin, pour les élèves de première année ; — jeudi et samedi, de une à trois heures, pour les élèves de deuxième année.

3° Physiologie (démonstrations pratiques) : Sous la direction de M. Laborde, membre de l'Académie de médecine, chef des travaux ; mardi, jeudi et samedi, de neuf heures à dix heures, et de dix heures et demie à onze heures et demie du matin, pour les élèves de première année ; lundi et vendredi, de trois heures à quatre heures, pour les élèves de deuxième année, (salle de démonstration de physiologie, à l'Ecole pratique).

4° Chimie pathologique : Sous la direction de M. Hanriot, agrégé, chef des travaux ; mardi, jeudi et samedi, de une à trois heures, à l'Ecole pratique.

5° Les exercices pratiques du cours de médecine opératoire auront lieu tous les mercredis, à quatre heures, au pavillon n° 1 de l'Ecole pratique (voir *Gazette des hôpitaux*, 1899, p. 214).

MM. les étudiants seront convoqués par lettre individuelle, d'après l'ordre de la prise de l'inscription de janvier 1899 (deuxième et sixième : nouveau régime ; sixième et dixième : ancien régime). Il leur est recommandé : 1° de prendre régulièrement l'inscription d'avril, s'ils veulent être maintenus sur la liste d'appel ; 2° de faire connaître leur changement d'adresse, s'il y a lieu.

Faculté de médecine de Paris. — Prix décernés pour l'année scolaire 1897-1898 :

1° *Legs Trémont.* Ce legs, de la valeur de 1,000 francs, a été partagé entre deux étudiants également méritants et remplissant les conditions du legs. — 2° *Prix Barbier.* Quatre appareils ou instruments et deux ouvrages ont été présentés. La Faculté n'a pas décerné le prix, mais a attribué les encouragements suivants : 300 francs à M. Vuling-Luer, pour sa seringue à injections hypodermiques ; 200 francs à M. le docteur Mahu, pour son connectitome nasal. L'excédent (1 500 francs) a été attribué à la Bibliothèque de la faculté, conformément aux dispositions du legs. — 3° *Prix Chateauvillard.* Dix ouvrages ont été présentés. La Faculté a décidé de partager le prix ainsi qu'il suit : 1 200 fr. à M. le docteur Zambaco pacha, pour son ouvrage intitulé : « Le lépreux ambulants de Constantinople ; » 400 francs à M. le docteur Rénon, pour son étude sur l'aspergillose chez les animaux et chez l'homme ; 400 francs à M. le docteur Le Double, pour son ouvrage intitulé : « Variations du système musculaire de l'homme. » — 4° *Prix Corvisart.* Le sujet proposé pour le concours était ainsi conçu : « Pneumonie des buveurs ». Ce prix, qui consiste en une médaille de vermeil et 400 francs, n'est pas attribué cette année ; aucun candidat ne s'est fait inscrire. La Faculté a décidé que le sujet du concours pour l'année 1899 serait : « De la péritonite des cirrhotiques. » — 5° *Prix Montyon* Ce prix, qui consiste en une somme de 700 francs, n'est pas attribué cette année ; aucun ne s'est fait inscrire. — 6° *Prix Jeunesse* (hygiène). Sept mémoires ont été présentés. La Faculté a décidé de partager le prix de la manière suivante : 500 francs à M. le docteur Ferré, pour son mémoire sur l'hygiène d'une maternité (assainissement économique) ; 400 francs à MM. les docteurs Bordas, Laroche et Rackowsky, pour leur ouvrage sur l'assainissement spontané des cours d'eau ; 300 francs à M. le docteur Chastang, pour son travail intitulé : « Nos pêcheurs d'Islande : « 300 francs à M. le docteur Cury, pour son travail sur l'hygiène sociale de la grossesse chez les femmes de la classe ouvrière. La Faculté, a en outre, attribué une mention honorable à MM. Burot et Legrand, pour leur publication sur les troupes coloniales. — 7° *Prix Béhier.* Le sujet proposé pour le concours était : « Des infections secondaires consécutives à la tuberculose pulmonaire. » La Faculté a décidé que le prix serait décerné à M. le docteur Pierre Teissier. — 8° *Prix Lacaze* (fièvre typhoïde). Le prix est décerné à M. le docteur Widal, agrégé de la Faculté, pour sa méthode (le séro-diagnostic) permettant de faire à coup sûr le diagnostic de la fièvre typholde. — 9° *Prix Saintour.* Le sujet proposé pour le concours était : « De l'urémie lente. » Un seul mémoire a à été présenté. La Faculté a décidé que le prix serait attribué M. Castaigne, interne des hopitaux. La Faculté a décidé

que le sujet du concours pour l'année 1899 serait : « De l'insuffisance hépatique. »

10° *Thèses récompensées.* — 1° Médailles d'argent : MM, Carnot, Fournier, Funck, Jolly, Kuss, Labbé, Le Masson, Lorrain, Portier, Vanverts ;

2° Médailles de bronze : MM. Bachimont, Barozzi, Bonnus, Bratiano, Bureau, d'Arbois de Jubainville, d'Avellar, Deyber, Guinard, Jacob, Josué, Lapointe, Mahu, Posth, Richaud, Robinot, Sersiron, Terrien, Vermorel, Weber ;

3° Mentions honorables : MM. Anghelescu, Ballet, Baraduc, Brosset, Chabry, Ducroquet, Dufour, Duvernoy, Fouineau, Galca, Garin Guédj, Guessarian, Hyenne, Lévi, Nass, Page, Pley, Rabé, Villière.

Légion d'honneur. — Par décret du 7 mars 1899, a été nommé chevalier de la Légion d'honneur : M. Fossard, médecin de première classe de marine ; seize ans huit mois de services, dont dix ans six mois à la mer. S'est particulièrement distingué pendant l'épidémie de fièvre typhoïde qui a sévi au port de Cherbourg.

M. Gouzer, promu médecin principal, est maintenu dans son nouveau grade au port de Brest.

Asile de Villejuif. — Clinique psychiatrique, service de M. Toulouse. Le vendredi à neuf heures et demie, visite dans les salles ; conférences cliniques au lit des malades. — Tramway Châtelet-Villejuif ; trajet une heure.

Hôpitaux de Paris. — Amphithéatre d'anatomie. Programme des cours de la saison d'été, année 1899.

1° Cours de médecine opératoire, sous la direction de M. le docteur Quénu, directeur des travaux scientifiques.

MM. les élèves internes et externes des hôpitaux et hospices sont prévenus que les cours de médecine opératoire commenceront le vendredi 14 avril 1899.

2° Conférences d'histologie.

Des conférences sur l'histologie pathologique continueront à être faites par M. le docteur Macaigne, chef du Laboratoire.

MM. les élèves seront chaque jour exercés, sous sa direction au maniement du microscope.

Nota. — Les microscopes et autres instruments nécessaires à ces divers travaux pratiques seront mis gratuitement à la disposition de MM. les élèves par l'administration de l'Assistance publique.

Les séries devant être reconstituées par la médecine opératoire, MM. les élèves sont prévenus que leurs cartes seront reçues à partir du jour de la publication de la présente affiche.

Hôpitaux de Paris. — Concours pour la nomination à une place d'accoucheur.

Ce concours sera ouvert le lundi 29 mai 1899, à midi, à l'administration centrale, avenue Victoria, n° 3.

MM. les docteurs qui désireront concourir seront admis à se faire inscrire au secrétariat général de l'administration de l'assistance publique, de midi à trois heures, du lundi 1er mai au samedi 13 du même mois inclusivement.

Corps de santé militaire. (*Réserve d'armée territoriale*). — Par décret, en date du 5 mars 1899, ont été nommés dans le cadre des officiers de réserve et de l'armée territoriale :

Au grade de médecin principal de première classe de réserve. — MM. les médecins principaux de première classe de l'armée active retraité Renard, Beltz, du Cazal, Mutin et Fournier.

Au grade de médecin principal de deuxième classe de l'armée territoriale. — M. le médecin-major de première classe de l'armée active retraité de Delamare.

Au grade de médecin-major de première classe de l'armée territorale. — MM. les médecins-majors de première classe de l'armée active retraités, Moret, Clément, Cadot, Troy et Aubertin.

Au grade de médecin-major de deuxième classe de réserve. — MM. les médecins-majors de deuxième classe de l'armée active, dont la démission a été acceptée, Viger, Brault, Decaux et Foureur.

Au grade de médecin-major de deuxième classe de l'armée territoriale. — M. le médecin-major de deuxième classe de l'armée active retraité L'Héritier de Chezelle.

MM. les médecins-majors de l'armée active, dont la démission a été acceptée, Fockenberghe, Michel et Ollier de Vergèze.

Au grade de médecin aide-major de première classe de réserve. — MM. les médecins aides-majors de première classe de l'armée active, dont la démission a été acceptée, Azam et Denoy.

Armée active. — Par décision ministérielle, en date du du 10 mars 1899, sont désignés pour les postes ci-après :

MM. les médecins principaux de première classe Delorme, pour l'emploi de médecin-chef de l'hôpital militaire de Vincennes ; Sorel, nommé médecin-chef de l'hôpital militaire de Versailles.

M. le médecin principal de deuxième classe Moty, nommé médecin-chef de l'hôpital militaire de Lille.

MM. les médecins-majors de première classe, Reverchon, pour l'hôpital militaire de Lille ; Perrin, pour la place de Marseille ; Lartigue, pour le 34e d'artillerie ; Romain, pour le 22e d'artillerie ; Petit, pour le 10e d'artillerie ; Ucciani, pour l'hôpital militaire de la division d'occupation de Tunisie ; Polin, pour le régiment de sapeurs-pompiers, à Paris ; Mignon, pour l'hôpital militaire de Versailles ; Veillon, pour le 4e tirailleurs algériens ; Collin, pour l'hôpital militaire du camp de Châlons ; Olivier, pour le 60e d'infanterie ; Vack, pour le 63e d'infanterie.

MM. les médecins-aides-majors de deuxième classe Dupeyron, pour le 138e d'infanterie ; Bayvel, pour le 102e d'infanterie ; Mandoul, pour le 107e d'infanterie ; Fournot, pour le 23e d'infanterie ; Aubertie, pour le 40e d'infanterie ; Bich, pour le 12e hussards ; Rioblanc, pour le 7e chasseurs à cheval ; Michaud, pour l'école militaire de Billom ; Rouchaud, pour les hôpitaux militaires de Constantine ; Franquet, pour le 113e d'infanterie.

MM. les médecins aides-majors de première classe Moinet, pour le 66e d'infanterie ; Ramally, pour le 44e d'infanterie ; Le Goic, pour le 64e d'infanterie ; Huot, pour le 142e d'infanterie ; Cordillot, pour le 29e d'infanterie ; Bronner, pour le 118e d'infanterie ; Perrogon, pour le 28e d'artillerie ; et Cavaroz, pour le 60e d'infanterie.

Au grade de médecin aide-major de deuxième classe de réserve. — MM. les docteurs Blanchard, Chaillou, Maignal, Brunon, Croûtes, Marquez, Guibert, Janot, Bouglé, Debay, Lebœuf, Haie, Léna, Frostin, Carnot, Lévi-Valensi, Sahut, Pujos, Couturier, Tixeron, Eyraud, Argenson, Maurin, Dreyfus, Allais, Barillon, Cange, Bourlet, Lévi, Meunier, Roussel, Constant, Vivien, Caris, Greslé, Olivier, Ferary, Langlois, Teulon-Valio, Landel, Lalanne, Meillon, Lemaire, Vidal, Huguel, Saint-Martin, Guillou, Maisonneuve, Massoni,

Guyader, Renault, Colas, Fosse, Chalmette, Nurdin, Kerrien, Attal, Quintard, Guénard, Audiganne, Schwob, Massier, Barbet, Guériteau, André, de Boucaud, Amans, Heuzard, Boël, Brulin, Susini, Marion, Bourdette, Morrice, Saurain, Bollach, Ruel, de Sourouvre, de Guéfosse, Courchet, Bibent, Dezirot, Jeunet, Marquès, Schmitt, Gamblin, d'Acheux, Bourlier, Perthuisot, Gouffier, Gaymard, Trémolière, Etiévant, Barrau, Guyotte, Desmons, Ourradour, Germond, Dupont, Gobert, Lasserre, Dhaussy, Lahaussois, et Batailler.

Au grade de médecin aide-major de deuxième classe de l'armée territoriale. — MM. les docteurs Semeil, Ghesnais, Degeilh, Joly, Burlat, Sée et Collinet.

Au grade de pharmacien principal de deuxième classe de l'armée territoriale. — M. le pharmacien principal de deuxième classe de l'armée active retraité Raby.

Au grade de pharmacien aide-major de deuxième classe de réserve. — MM. les pharmaciens de première classe Secques, Roche, Unal, Brunelet, Antoine, Muguet, Chaty, Puvion, Badier et Favreau.

Le service militaire des étudiants en médecine. — Dans les pays étrangers où le service militaire est obligatoire, les étudiants en médecine ne font qu'un an de service militaire et ne sont appelés sous les drapeaux que lorsqu'ils sont en possession du titre de docteur, sous la réserve, bien entendu, qu'ils l'aient obtenu à une époque déterminée. Ceux d'entre eux qui, à cette date, n'ont pas terminé leur scolarité, sont incorporés de suite et pour trois années.

Cette réglementation a un double avantage, car, d'une part, elle n'apporte aucune entrave aux études médicales, et d'autre part, elle utilise au mieux des intérêts de l'armée l'élément technique *indispensable* représenté par les médecins civils.

En France, ce système a été adopté pour les Ecoles Polytechnique, Forestière, Centrale, dont les élèves ne font leur service militaire qu'à la fin de leur scolarité, mais pour les étudiants en médecine on a pris une solution bâtarde; on ne leur demande qu'une année de service, mais ils la font en cours d'études, ce qui est désastreux pour leur instruction ; de plus, ils servent en qualité de fantassin et non de médecin, ce qui entraîne pour l'armée la perte d'une classe entière de médecins de réserve.

Les inconvénients de ce système ont été signalés dès l'enfantement de la loi du 16 juillet 1889, mais on n'a pas voulu y remédier en versant de suite les étudiants en médecine dans le service de santé, de crainte d'être logiquement obligés d'en faire de même pour les séminaristes, de telle sorte que, pour réaliser le mot légendaire « les curés sac au dos », on a compromis l'organisation sanitaire de notre armée et l'instruction des jeunes générations médicales!

C'est là une vieille question que nous n'aurions pas abordée à nouveau si nous n'avions à dire que les médecins ne sont plus seuls à réclamer contre ce fâcheux état de choses, mais que les militaires eux-mêmes et les députés commencent à s'inquiéter de cette situation, et à demander qu'elle soit modifiée.

Le premier fait à signaler, dans ce sens, c'est une note ministérielle autorisant la nomination au grade de médecin auxilliaire des étudiants en médecine qui ont perdu le droit à la dispense ou qui y renoncent. Cette utilisation professionnelle de jeunes gens qui, jusqu'à ce jour, servaient comme fantassins, est un progrès réel.

Le second point qui nous semble devoir être mis en vedette, c'est l'assentiment donné à cette mesure par le plus important de nos journaux militaires, le *Progrès militaire*, qui s'exprime ainsi :

« C'est là une utilisation judicieuse de ces jeunes gens et il est bien des corps de troupe ou des hôpitaux où ils seront les bienvenus pour rendre possible le service surchargé des médecins militaires.

« La 7e Direction qui, cette fois-ci, a fait preuve d'une initiative heureuse, saura répartir ces médecins auxiliaires au mieux des intérêts du service, en attendant qu'elle propose au ministre un projet de loi permettant d'utiliser d'une façon vraiment profitable pour leur instruction militaire et pour l'armée, les étudiants en médecine appelés sous les drapeaux pour une année.

« L'expérience faite dans les bataillons alpins, où ces soldats sont employés comme faisant fonction de médecins auxiliaires, devrait, en attendant cette loi, devenir la règle générale pour tous les étudiants en médecine pourvus de plus de huit inscriptions à une faculté de médecine (ce chiffre minimum est nécessaire) ; ils pourraient ainsi servir d'aides aux médecins régimentaires ou hospitaliers, et il n'est pas pour eux de meilleure école pour les initier à leur futur service d'aide-major de réserve. Après quelques semaines d'exercice à leur corps, ils devraient être détachés dans les forts, postes ou hôpitaux désignés chaque année par les directions du service de santé des corps d'armée où, sous la direction des médecins-chefs de service, ils apprendraient ce qu'ils doivent savoir pour les périodes d'appel. »

Dans la séance du 11 mars, M. Lachaud a demandé que les étudiants en médecine, appelés sous les drapeaux, soient, au bout de quatre mois, envoyés dans les hôpitaux militaires, à l'effet de s'y préparer au rôle de médecin de réserve.

Et M. de Freycinet a répondu qu'il tiendrait compte, dans la mesure du possible, des observations présentées par M. Lachaud.

Quand on songe quelle distance sépare cette opinion de celle soutenue au Sénat par le général Billot, qui a été, pour les médecins, un ministre néfaste, on se reprend à espérer. Le jour où l'appel des médecins sera reporté après le doctorat, et où ils seront employés comme médecins et non comme fantassins, marquera le triomphe de la logique sur la routine, du patriotisme sur la politique, au grand profit de la médecine et surtout de l'armée.

(*Bulletin médical.*) Dr NOEL.

LYMPHATISME, SCROFULE, RACHITISME : Fucoglycine Gressy.

GOUDRON FREYSSINGE

1 cuillerée à café par verre de boisson aux repas **contre Bronchites, Catarrhes, Maladies de la Peau, Epidémies.** 1 fr. 50 dans les Pharmacies.

OBÉSITÉ : Capsules de corps thyroïde Vigier. — *Dose :* 2 à 6 par jour.

Le Gérant : A. CHEVALLEREAU.

aris. — Typ. A. DAVY, 52, rue Madame, 52. — *Téléphone*